

29. Langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens: Ein Behandlungsangebot für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung

Bettina Nesa, Sabine Hahn

Hintergrund

Das krankhafte Übergewicht und seine Begleiterkrankungen stellen aus sozioökonomischer Sicht eines der grössten gesundheitspolitischen Probleme des 21. Jahrhundert dar [1]. Insbesondere in den westlichen Industriestaaten ist das gesundheitsschädigende Übergewicht vorherrschend. Dies scheint neben Überernährung auch in Zusammenhang mit Bewegungsarmut zu stehen. 641 Millionen Menschen waren im Jahr 2014 adipös [8]. Exemplarische Daten aus der Schweiz zeigen auf, dass sich die Krankheitskosten von Übergewicht und Adipositas von 2002 bis 2012 verdreifacht haben: von 2'648 Mio. CHF auf 7'990 Mio. CHF pro Jahr [3]. Übergewicht und Adipositas gehen meistens mit körperlichen Einschränkungen, Beeinträchtigung der Lebensqualität und körperlichen Folgeerkrankungen einher. Menschen mit einer psychischen Erkrankung weisen ein erhöhtes Risiko auf an Übergewicht und Adipositas zu erkranken. Ursachen können in krankheitsbedingten Faktoren und in der standardisierten Medikation zu finden sein. Zudem weisen Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine 2- bis 3- fach erhöhte Gesamtmortalität in Folge kardiovaskulärer Komorbidität auf [6].

Problemstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten häufig keinen Zugang zu den Therapieprogrammen zur Gewichtsreduktion. Bedingt durch appetitsteigernde Nebenwirkungen der meisten Psychopharmaka ist die Inzidenz von Übergewicht bei psychisch Kranken besonders hoch. Die Einnahme psychotroper Medikation gehört jedoch zu den Ausschlusskriterien üblicher Studien zur Gewichtsreduktion [4]. Viele Menschen mit psychischen Erkan-

kungen in der ambulanten Betreuung weisen ein erhöhtes Körpergewicht auf. Der Grund wird häufig von den Betroffenen und nicht zu Unrecht in der Medikamenteneinnahme zur Stabilisierung der Grunderkrankung gesucht.

Die Gewichtszunahme beeinträchtigt daher auch die Medikamenten Compliance stark und führt häufig zu einer Absetzung der psychiatrischen Medikation und damit zu einer Dekompensation der psychiatrischen Grunderkrankung [5]. Um das Risiko des Absetzens der Medikation zu minimieren sollte daher das Thema Gewichtszunahme ernst genommen und thematisiert werden und nicht als eine vertretbare Nebenwirkung der Behandlung angesehen werden.

Zudem sind der stabile Verlauf der psychiatrischen Grunderkrankung, das Erlernen und Kennen von Strategien zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichtes, für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen wichtige Faktoren um am sozialen Leben teilnehmen zu können

Ziele

Im ambulanten Setting, im Rahmen eines Projektes, ein Behandlungsangebot zur langfristigen Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens für Menschen mit psychischen Erkrankungen einführen und evaluieren. Das Angebot zielt auf eine langfristige Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens ab. Das nach aktuellen internationalen Leitlinien zur Prävention und Behandlung der Adipositas so konzipierte Behandlungsangebot, welches die Notwendigkeit der Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie vorsieht [2], sollte die Teilnehmenden befähigen, im ambulanten Rahmen, folgende Ziele zu erreichen:

- Eine langfristige Veränderung in ihrem Ess- und Bewegungsverhalten
- Halten oder Reduktion des Körpergewichtes
- Steigerung der täglichen Bewegung
- Reduktion des kardiovaskulären Risikos
- Steigerung des Wohlbefindens

Vorgehen

Zur Erreichung der Zielsetzung wurde ein Pilotprojekt mit Interventionen durchgeführt. Das geplante Behandlungsangebot wurde als freiwilliges Einzel- und Gruppensetting durchgeführt und ausgewertet. Das Angebot beinhaltet eine Kombination aus Ernährungs- Bewegungs- und Verhaltenstherapie und richtet sich an Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung und Übergewicht oder Adipositas.

Als methodologisches Vorgehen wird ein Evaluationsdesign mit einem Methodenmix gewählt.

Durchgeführt wurden in einem Zeitraum von 14 Monaten verhaltenstherapeutische Interventionen mit einer neun wöchigen Intensivphase und einer Nachbetreuungsphase von einem Jahr. Zentrale Elemente der verhaltenstherapeutischen Interventionen sollten die Förderung intrinsischer Motivation und die Auflösung der Ambivalenz sein [2].

In den Sitzungen der Intensivphase werden folgende Themen behandelt:

- Sitzung 1: Gemeinsames Therapieziel, Motivation, Erwartung
- Sitzung 2: Psychoedukation
- Sitzung 3: Selbstbeobachtung (Esstagebuch, Schrittzähler)
- Sitzung 4: Kleine, flexible, überprüfbare Ziele
- Sitzung 5: Verhaltensanalyse
- Sitzung 6: Kognitive Umstrukturierung
- Sitzung 7: Stimulus Kontrolle
- Sitzung 8: Hilfreiche Strategien, Risikosituationen
- Sitzung 9: Rückfallprophylaxe

Die Nachbetreuung schließt nahtlos mit 10 monatlichen Sitzungen während des Folgejahres an die Intervention an.

Die Nachsorgephase soll den Teilnehmern dazu verhelfen, die erlernten Verhaltens- und Lebensstilländerungen in den Alltag zu transferieren[2].

Erhoben und ausgewertet werden quantitative Daten: BMI, Bauchumfang, relevante Blutwerte und Anzahl täglicher Schritte. Die Daten werden vor und nach der Intervention bei allen neun Teilnehmenden erhoben und ausgewertet. Ein Follow-up ist bei einer Teilnehmenden nach 5 Monaten und bei 4 Teilnehmenden nach einem Jahr geplant. Die qualitativen Daten werden in Form eines Fragebogens mit offenen Freitextantworten erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden mit den Leitlinien der Adipositas therapie und Ergebnissen ähnlich angelegter Evaluationsprojekten und Studien verglichen und bewertet.

Ergebnisse

Das Behandlungsangebot wurde im Zeitrahmen von Februar 2016 bis April 2017 angeboten und in zwei Gruppensettings und einem Einzelsetting durchgeführt.

Insgesamt starteten elf Teilnehmer (N 11) mit dem Behandlungsangebot. Eine teilnehmende Person schied nach der zweiten Sitzung aus dem Programm aus; dies aufgrund einer Dekompensation ihrer psychiatrischen Grunderkrankung. Eine zweite teilnehmende Person brach das Programm nach der ersten Sitzung ab. Als Gründe gab er, einen zu langen Anreiseweg und mangelnde Motivation an. Neun Teilnehmende haben die Intensivphase abgeschlossen, vier Teilnehmende haben die 1-jährige Nachbetreuungsphase abgeschlossen. Fünf Teilnehmende

Alle Teilnehmende kamen regelmäßig zu den Gruppensitzungen. die Hausaufgaben wurden mehrheitlich erledigt.

Der Gewichtsverlust der Teilnehmenden (n = 9) die die Intensivphase abgeschlossen haben betrug im Maximum 12,1 Kilogramm (Kg) der Minimale 0,2 Kg. Der durchschnittliche Gewichtsverlust dieser Teilnehmenden beträgt 3,66 Kilogramm, dies sind 3,9% des Ausgangsgewichtes. Die Teilnehmenden verfügten insgesamt über ein besseres körperliches Wohlbefinden. Die Messung der Anzahl durchschnittlich gelaufener Schritte pro Tag zeigt ein sehr heterogenes Bild und weist keine kontinuierliche Steigerung auf. Nach der

Nachbetreuungsphase beträgt der Gewichtsverlust im Durchschnitt seit Beginn des Programmes 2,2 Kilogramm.

Diskussion

Die kognitive Umstrukturierung konnte nur teilweise umgesetzt werden. Deshalb sollten den kognitiven Funktionseinschränkungen, ein Kernmerkmal der schizophrenen Erkrankung, im Ausarbeiten von Gefühlserkennung mehr Beachtung zukommen [7]. Die Stimulus Kontrolle und das Setzen von kleinen, flexiblen, überprüfbaren Ziele erwiesen sich dagegen als hilfreiche Strategie. Die Nachbetreuungsphase sollte mit klar strukturierten Sitzungsinhalten besser an die Teilnehmenden adaptiert werden.

Schlussfolgerung

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Dauermedikation können mit angepasster verhaltenstherapeutischer Intervention das Körpergewicht reduzieren. Das Behandlungsangebot hat sich bewährt; Anpassungen anhand der Ergebnisse drängen sich vor allem in der Nachbetreuungsphase auf. Weiterführende Massnahmen wie das Errichten eines Mittagstisches und eines Sportangebotes sollten geprüft werden. Verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien in der Adipositasbehandlung die den Einschränkungen der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gerecht werden, sind nicht ausreichend erforscht und etabliert. Weitere Projekte und Auswertungen, vor allem im deutschsprachigen Raum, mit größerer Teilnehmerzahl und Follow-up von 12 und 24 Monaten wären daher nötig um die Evidenzlage zur Wirksamkeit dieser Programme zu verbessern bzw. Hinweise zu nötigen Anpassungen zu erhalten.

Literatur

1. Balke, H.; Nocito, Antonio (2013): *Vom Schonheitsideal zur Krankheit - eine Reise durch die Geschichte der Adipositas*. In: *Praxis* 102 (2), S. 77–83. DOI: 10.1024/1661-8157/a001169.
2. Becker, Sandra; Zipfel, Stephan; Teufel, Martin (2015): *Psychotherapie der Adipositas. Interdisziplinäre Diagnostik und differenzielle Therapie*. 1. Aufl. s.l.: Kohl-

hammer Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3034613>.

3. Bundesamt für Gesundheit BAG: Kosten von Übergewicht und Adipositas. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/kosten-uebergewicht-und-adipositas.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2017.
4. Daumit, Gail L.; Dickerson, Faith B.; Wang, Nae-Yuh; Dalcin, Arlene; Jerome, Gerald J.; Anderson, Cheryl A. M. et al. (2013): A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. In: *The New England journal of medicine* 368 (17), S. 1594–1602. DOI: 10.1056/NEJMoa1214530.
5. Herpertz, Stephan; Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3568255>.
6. Müller, B., Baciú, D., Sahner, H. (2010): Kardiovaskuläres Risikomanagement bei schweren psychischen Störungen. In: *Schweizerisches Medizinforum*, 10(40) 10(40), S. 679–682, zuletzt geprüft am 24.09.2016.
7. Roder, Volker (2008): *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. Mit zusätzlichen Erläuterungen und Materialien auf CD-ROM. 2., aktualisierte Aufl.* Bern: Huber.
8. The Global BMI Mortality Collaboration (2016): Body-mass index and all-cause mortality. Individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. In: *The Lancet* 388 (10046), S. 776–786. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30175-1.